

## Pediatric History Questionnaire

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Formulario completado por \_\_\_\_\_ Número de historia clínica \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales del enfermero \_\_\_\_\_

### Hogar

Enumere a todas las personas que viven en el hogar del niño.

Nombre	Parentesco con el niño	Fecha de nacimiento	Problemas de salud

### Antecedentes del nacimiento

Peso al momento del nacimiento \_\_\_\_\_

¿Cuántas semanas de gestación? \_\_\_\_\_

La alimentación inicial fue  Leche materna  Leche de fórmula

¿Tuvo la madre algún problema con el embarazo?  
 Sí  No Explique \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿hizo la madre algo de lo siguiente?

Fumó  Sí  No Bebió alcohol  Sí  No

Usó drogas o medicamentos  Sí  No ¿Qué usó? \_\_\_\_\_ ¿Cuán-do lo hizo? \_\_\_\_\_

### General

- ¿Considera usted que su bebé no tiene una buena salud?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su hijo alguna afección médica grave?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo accidentes o lesiones significativas?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su hijo alguna cirugía?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido su hijo hospitalizado alguna vez?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
- ¿Es su hijo alérgico a algún medicamento?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
- ¿Toma su hijo algún medicamento regular?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_

### Desarrollo

- ¿Cuándo hizo su hijo lo siguiente? Se sentó \_\_\_\_\_ meses Gateó \_\_\_\_\_ meses Caminó \_\_\_\_\_ meses
- Dijo su primera oración \_\_\_\_\_ Aprendió a usar el baño \_\_\_\_\_
- ¿Le preocupa el desarrollo físico de su hijo?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
  - ¿Le preocupa el desarrollo mental de su hijo?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
  - ¿Le preocupa el período de atención de su hijo?  Sí  No Explique \_\_\_\_\_
  - ¿Cómo es el comportamiento de su hijo en la escuela? \_\_\_\_\_
  - ¿Ha reprobado o repetido algún grado? \_\_\_\_\_
  - ¿Qué tipo de calificaciones tiene en las asignaturas académicas? \_\_\_\_\_
  - ¿Se encuentra su hijo en una clase especial o de recursos? \_\_\_\_\_

### Antecedentes familiares

- ¿Ha tenido alguno de los familiares (la madre, el padre, la hermana, el hermano, la tía, el tío, el abuelo o la abuela del paciente) lo siguiente?
- Alergias significativas  Sí  No ¿Quién? Explique. \_\_\_\_\_
- Asma  Sí  No ¿Quién? Explique. \_\_\_\_\_



HIGHLAND AVENUE

PRIMARY CARE

### Pediatric History Questionnaire

## Pediatric History Questionnaire

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

- |  |                             |                             |                         |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Sordera  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Enfermedad cardíaca (aparición antes de los 50 años)   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Presión arterial alta (antes de los 50 años)   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Accidente cerebrovascular (antes de los 50 años)   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Diabetes (antes de los 50 años)  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Trastornos de sangrado   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Trastornos gastrointestinales (GI) (celiaquía, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Cáncer   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Trastornos autoinmunitarios  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Enfermedad hepática  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Migraña  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)/discapacidad en el aprendizaje                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Enfermedad mental/suicidio   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Retraso mental   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Inmunodeficiencia/VIH/sida   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| Problemas ortopédicos (artritis, artritis reumatoide)  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |
| escoliosis)  |                             |                             |                         |
| Trastornos pediátricos de la cadera  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Quién? Explique. _____ |

### Revisión de los sistemas

- ¿Tiene su hijo o ha tenido alguna vez lo siguiente? (Si la respuesta es "Sí", explique)
- |  |                             |                             |                |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| Varicela   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Otitis frecuentes  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Problemas auditivos o de los oídos                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Alergias   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Problemas visuales o de los ojos                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Asma, sibilancia, bronquiolitis                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Algún problema cardíaco o soplo cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Anemia o problemas de sangrado                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Transfusión de sangre                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Dolor abdominal intenso                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Vómito recurrente  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Diarrea crónica  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Estreñimiento que requiere visitas al consultorio          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Infecciones de la vejiga, los riñones y las vías urinarias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Incontinencia nocturna después de los 5 años               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
- Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo tuvo su último período menstrual? \_\_\_\_\_
- |  |                             |                             |                |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------|
| (Para niñas) ¿Ha comenzado su período menstrual?     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| (Para niñas) ¿Tiene algún problema con sus períodos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Algún problema cutáneo crónico o recurrente          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Dolor de cabeza intenso                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Convulsiones o conmociones                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |
| Problemas de la tiroides o de las glándulas          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Explique _____ |

Actualizado \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_
  Actualizado \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_
  Actualizado \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Actualizado \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_
  Actualizado \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_
  Actualizado \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_



**HIGHLAND AVENUE**  
PRIMARY CARE

### Pediatric History Questionnaire